



Zavod za zdravstveno  
zavarovanje Slovenije

www.zzzs.si



Območna enota (naziv) \_\_\_\_\_  
(naslov) \_\_\_\_\_

## VLOGA ZA POVRAČILO STROŠKOV ZDRAVSTVENIH STORITEV MED ZAČASNIM BIVANJEM V TUJINI

### I. Podatki o zavarovani osebi, ki je uveljavljala zdravstvene storitve v tujini

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Rojstni datum: \_\_\_\_\_  
(dan, mesec in leto)

Naslov: \_\_\_\_\_  
(kraj, ulica in hišna številka)

\_\_\_\_\_

(poštna številka in pošta)

Elektronski naslov: \_\_\_\_\_, Telefon: \_\_\_\_\_

### II. Podatki o vložniku (-ici)

(navede se oseba, ki podaja vlogo namesto osebe, ki je uveljavljala zdravstvene storitve, npr.: starš, zakonec, druga pooblaščenca oseba)

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Rojstni datum: \_\_\_\_\_  
(dan, mesec in leto)

Naslov: \_\_\_\_\_  
(kraj, ulica in hišna številka)

\_\_\_\_\_

(poštna številka in pošta)

Razmerje do zavarovane osebe: \_\_\_\_\_  
(zakoniti zastopnik, pooblaščenec)

Elektronski naslov: \_\_\_\_\_, Telefon: \_\_\_\_\_

Pooblastilo priloženo (ustrezno obkrožiti): DA - NE - NI POTREBNO

### III. Podatki o državi uveljavljanja zdravstvenih storitev, namenu bivanja v tujini in zdravstvenih storitvah

Država uveljavljanja zdravstvenih storitev: \_\_\_\_\_

Znesek zahtevka za povračilo stroškov: \_\_\_\_\_

(v valuti, v kateri je bila storitev plačana)

**Namen bivanja** v tujini (ustrezno obkrožiti oziroma napisati):

1. napotitev na delo,
2. strokovno izpopolnjevanje ali študij,
3. službeno ali zasebno potovanje,
4. stalno bivanje,
5. drugo: \_\_\_\_\_

**Način uveljavljanja zdravstvenih storitev** v tujini (ustrezno obkrožiti oziroma napisati):

1. na podlagi evropske kartice zdravstvenega zavarovanja,
2. na podlagi certifikata, ki začasno nadomešča evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja,
3. *nisem imel* evropske kartice zdravstvenega zavarovanja ali certifikata,
4. evropska kartica zdravstvenega zavarovanja (oziroma certifikat) *ni bila upoštevana*,
5. drugo: \_\_\_\_\_.

**Obrazložitev** (vzrok obiska pri zdravniku, ali ste predložili evropsko kartico, zakaj ste plačali stroške zdravstvenih storitev, zdravil ipd.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### **IV. Podatki o TRR, na katerega se nakaže povračilo stroškov zdravstvenih storitev**

Imetnik transakcijskega računa (TRR): \_\_\_\_\_  
(ime in priimek)

Številka TRR: \_\_\_\_\_

**V. Priloge k vlogi za povračilo stroškov** (ustrezno obkrožiti oziroma napisati):

- originalni račun (-ni),
- medicinska dokumentacija,
- dokazilo o plačilu računa (-ov),
- drugo: \_\_\_\_\_

Skladno s 139. členom Zakona o splošnem upravnem postopku (Ur.l. RS, št. 24/06 - ZUP-UPB2, 105/06-ZUS-1, 126/07, 65/08, 8/10, 82/13) si je podatke o dejstvih, ki se vodijo v uradnih evidencah, in so pomembni za izdajo odločbe, dolžna priskrbeti uradna oseba, ki vodi upravni postopek, po uradni dolžnosti od organa, ki evidenco vodi. Pridobivanje osebnih podatkov iz uradnih evidenc lahko stranka organu izrecno pisno prepove. Dokazila o dejstvih, o katerih se ne vodi uradna evidenca, je dolžna predložiti stranka sama.

V/na \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_  
(kraj) (datum)

\_\_\_\_\_  
(podpis vložnika (-ice))

V skladu z 12. točko 28. člena Zakona o upravnih taksah (UR.l. RS, št. 106/10 - ZUT-UPB5) je vloga oproščena plačila upravne takse.